

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

JOSÉ SÁVIO VIEIRA DE SÁ JÚNIOR

A TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM OLHAR VOLTADO
PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

JOÃO PESSOA

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

JOSÉ SÁVIO VIEIRA DE SÁ JÚNIOR

A TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM OLHAR VOLTADO
PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Monografia apresentada à banca
examinadora da Universidade Federal da
Paraíba como critério parcial para a
obtenção do título de bacharel em Terapia
Ocupacional, sob orientação da Prof^a. Msc.
Marília Meyer Bregalda.

JOÃO PESSOA

2015

S111t Sá Júnior, José Sávio Vieira de.

A Terapia Ocupacional na atenção básica: um olhar voltado para o agente comunitário de saúde / José Sávio Vieira de Sá Júnior. -- João Pessoa, 2015.

57f. -

Orientadora: Marília Meyer Bregalda.
Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Agente comunitário de saúde. 2. Terapia Ocupacional. 3. Desempenho ocupacional. 4. Trabalho. 5. Qualidade de vida.

BS/CCS/UFPB

CDU: 616-051 (043.2)

JOSÉ SÁVIO VIEIRA DE SÁ JÚNIOR

A TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM OLHAR VOLTADO
PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Monografia apresentada à banca examinadora da Universidade Federal da Paraíba como critério parcial para a obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional, sob orientação da Profª. Msc. Marília Meyer Bregalda.

Monografia aprovada em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Profª Bárbara Iansã de Lima Barroso
Universidade Federal da Paraíba-UFPB

Profª Márcia Gomes
Universidade Federal da Paraíba-UFPB

Profª Marília Meyer Bregalda
Universidade Federal da Paraíba-UFPB

Dedico este trabalho a todos que sempre me apoiaram e acreditaram no meu potencial, dando forças para que eu não desistisse diante das dificuldades.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha vida, por ter me permitido chegar até aqui e por ter me concedido sabedoria e discernimento para enfrentar todos os obstáculos e dificuldades da vida, estando sempre ao meu lado em todos os momentos.

Aos meus pais, meus maiores incentivadores, por todo amor, carinho, apoio, dedicação, por nunca terem medido esforços para minha formação profissional e pessoal, preparando-me, acima de tudo, para a vida.

Aos meus irmãos, pelo companheirismo, paciência, apoio, dedicação e amor.

Aos meus familiares, pelo apoio e atenção durante toda a minha caminhada acadêmica.

Aos meus amigos, por estarem sempre ao meu lado, pelo companheirismo e apoio nos momentos mais difíceis, pela atenção e incentivo para jamais desistir diante dos desafios.

Às minhas amigas Jéssica e Mairana, por todos os momentos que compartilhamos juntos, sejam eles alegres ou tristes, segurando sempre na minha mão a cada desafio a ser enfrentado. Obrigado pelo carinho, apoio, confiança, amizade e companheirismo durante todo esse tempo de convivência. Tenho imenso carinho e admiração por vocês, torço sempre para que tenham uma carreira profissional brilhante.

À minha amiga Larissa Rebecca, por acompanhar comigo toda a trajetória de realização deste trabalho. Obrigado pelo apoio, pela ajuda e por chorar junto comigo nos momentos mais complicados. Você contribuiu de inúmeras formas no desenvolvimento deste estudo. Estou na torcida pelo seu sucesso profissional.

À minha orientadora Marília Meyer, pelo exemplo de profissional; pela atenção, carinho, confiança, incentivo, disponibilidade, paciência e dedicação durante toda a elaboração deste trabalho. Obrigado por aceitar o desafio de explorar junto comigo uma área tão pouco estudada pela nossa profissão, por permitir que este trabalho fosse realizado da forma como sempre busquei. Tenha certeza que você contribuiu muito para minha formação como profissional.

Aos meus amigos e colegas de curso, por todo apoio, amizade e por todos os momentos compartilhados durante esse tempo de convívio. Vocês foram acima de tudo, minha segunda família.

Aos meus professores, a quem devo a minha formação profissional. Obrigado pelo apoio e todos os ensinamentos repassados.

À minha banca examinadora, pelo comprometimento, atenção e conhecimentos compartilhados que com certeza ajudaram a enriquecer este trabalho.

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde é um dos profissionais componentes das Equipes de Saúde da Família, sendo responsável por analisar as necessidades da comunidade, realizar o cadastramento de todos os indivíduos de sua microárea e manter os cadastros atualizados. Além disso, participa das reuniões da equipe, desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde na comunidade, através das visitas domiciliares. Porém, essa rotina de trabalho é marcada por situações que geram sobrecarga e para as quais muitas vezes não estão preparados, possibilitando o surgimento de desgaste físico e mental, que podem causar interferências no desempenho de atividades relacionadas às demais áreas de ocupação. O presente estudo teve como objetivo conhecer o cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, buscando identificar e compreender suas possíveis interferências nas demais áreas de ocupação: Atividades de Vida Diária, Atividades Instrumentais de Vida Diária, descanso e sono, educação, lazer e participação social. Foram sujeitos da pesquisa oito Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde da Família do Castelo Branco I. Foi realizado um grupo focal para a coleta de dados, definido como um tipo de entrevista em grupo sobre um determinado objeto de estudo. Os dados provenientes dos relatos dos participantes passaram por uma análise de conteúdo, dividida em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento e interpretação dos dados obtidos. Após análise, os dados foram sistematizados em 4 categorias centrais: O trabalho como Agente Comunitário de Saúde; questões políticas, de direito e de gestão; descaracterização da Estratégia Saúde da Família; e qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde. Concluiu-se haver uma interferência significativa do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em seu desempenho ocupacional nas áreas de Atividades de Vida Diária, relacionada ao autocuidado; Atividades Instrumentais de Vida Diária, preparação de alimentos; Lazer; Descanso e Sono e Participação Social. Fatores como sobrecarga de trabalho, cobranças dos usuários e da gestão pelo cumprimento de atividades; descaracterização da Estratégia de Saúde da Família e das suas atribuições profissionais, também foram resultados do presente estudo. O estresse foi identificado como principal fator que influencia na qualidade de vida destes profissionais.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde. Terapia ocupacional. Desempenho ocupacional. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The Community Health Agent is one of the professional components of the Family Health Teams, who is responsible for analyzing community needs, for performing the registration of all individuals of his micro area, and for keeping updated records. In addition to this, the agent participates in team meetings, developing health promotion, prevention of diseases and injuries, and health surveillance in the community through home-based visits. However, this daily work routine involves situations that create overwork, which the agents are often not prepared for, enabling the emergence of physical and mental strain, which may interfere in the performance of activities related to other areas of occupation. This research aims to understand the daily work of the Community Health Agents seeking to identify and comprehend its possible interference in these areas of occupation: Activities of Daily Living, Instrumental Activities of Daily Living, Rest and Sleep, Education, Leisure and Social Participation. The research subjects were eight Health Agents of the Family Health Unit from the Castelo Branco I Community. A focus group for data gathering was performed, which was defined by a type of group interview on a particular subject of study. The data from the participants' reports underwent a content analysis divided into three stages: pre-analysis; investigation of the material; and processing and interpretation of data obtained. After the analysis, the data were organized into four main categories: Work as a Community Health Agent; Political, legal and management issues; Mischaracterization of the Family Health Strategy; and quality of life of community health agents. In conclusion, there was no significant interference of the work of community health agents in their occupational performance in these areas: Daily Living activities related to self-care, Instrumental Activities of Daily Living, food preparation, Recreation, Rest and Sleep, and Social Participation. Factors such as overwork, demands from the users and the managers for the fulfillment of activities, mischaracterization of the Family Health Strategy and of the agents' professional duties, were also current results. Stress has been identified as the main factor influencing the quality of life of these professionals.

Keywords: Community health agent. Occupational therapy. Occupational performance. Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ESF: Estratégia Saúde da Família

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF: Programa Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 ENCONTRO COM O OBJETO DE ESTUDO.....	11
1.2 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO.....	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: BREVES CONCEPÇÕES ACERCA DA CONSTRUÇÃO DO NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA PARA O BRASIL	14
3.2 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: PERSPECTIVAS ACERCA DO HISTÓRICO DA PROFISSÃO ÀS PROBLEMÁTICAS VIVENCIADAS NO COTIDIANO PROFISSIONAL.....	15
3.3 O TRABALHO: DO PRAZER AO SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	17
3.4 TERAPIA OCUPACIONAL, DESEMPENHO OCUPACIONAL E OCUPAÇÃO	18
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
4.1 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	20
4.2 SUJEITOS DA PESQUISA	21
4.3 COLETA DE DADOS	21
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	21
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5.1 O TRABALHO COMO ACS	23
5.2 QUESTÕES POLÍTICAS, DE DIREITO E DE GESTÃO	36
5.3 DESCARACTERIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	40
5.4 QUALIDADE DE VIDA DOS ACS	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	54

1 INTRODUÇÃO

1.1 ENCONTRO COM O OBJETO DE ESTUDO

A escolha do tema partiu da afinidade que o pesquisador desenvolveu com a Atenção Básica ao cursar a disciplina Áreas de Intervenção da Terapia Ocupacional e Cenários de Prática I, em que os alunos conheceram como funciona o serviço neste nível de atenção à saúde, bem como tiveram a oportunidade de vivenciar a prática através de visitas domiciliares e ações desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família (USF). Através dessas vivências, o pesquisador teve contato com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) daquela Unidade, e despertou o interesse em conhecer mais profundamente como é desempenhado o trabalho dessa categoria profissional, bem como analisar como está a qualidade de vida, visto que é uma profissão em que os trabalhadores desenvolvem grande carga de trabalho, o que pode trazer riscos a sua saúde.

1.2 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

O ACS é um profissional que faz a ligação entre a equipe de saúde da família e a comunidade, obrigatoriamente reside na sua área de atuação, e exerce atividades de prevenção de doenças e promoção à saúde, realizando visitas domiciliares, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (FORTES; SPINETTI, 2004; BRASIL, 2002).

O ACS tornou-se categoria profissional através da Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, mas sua atuação emerge desde meados da década de 1980. É um profissional que surge da comunidade e se integra às equipes de saúde da família, sem levar nenhuma carga teórica ou cultural relacionada a essa área, cabendo às políticas públicas de saúde, dando-lhes acesso a novas práticas (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008).

Esse profissional é de grande importância para o modelo de atenção à saúde em todo o Brasil, sendo o elo que envolve a comunidade e os serviços de saúde. São merecedores de uma atenção voltada para suas condições de vida e trabalho, enfatizando as situações de exposição ocupacional que podem representar riscos à qualidade de vida (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012).

Existe uma sobrecarga física e mental sobre esse profissional que compromete o seu trabalho, justificado pela inexistência de limites no ambiente laboral, já que é o mesmo lugar

em que reside e assim há uma resistência da população em receber as orientações, além de terem remuneração salarial inadequada (THEISEN, 2004).

Assim, foi propósito desta pesquisa estudar estes aspectos a partir da perspectiva da Terapia Ocupacional, investigando a interferência dessa sobrecarga no cotidiano dessa categoria profissional, o que pode afetar sua participação em outras atividades do cotidiano. Além disso, busca contribuir com publicações referentes ao tema, o qual ainda é pouco explorado na Terapia Ocupacional, com escassos estudos publicados nesta área, possibilitando que a partir desta pesquisa, intervenções possam ser propostas para melhoria da qualidade de vida e de trabalho dos ACS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e compreender possíveis interferências do trabalho dos ACS nas suas demais áreas de ocupação.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar dificuldades enfrentadas pelos ACS em seu trabalho;
- Levantar dados referentes à sua qualidade de vida;
- Identificar quais áreas de ocupação são afetadas pelo seu trabalho e de que maneiras isto ocorre.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: BREVES CONCEPÇÕES ACERCA DA CONSTRUÇÃO DO NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA PARA O BRASIL

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica de Saúde) e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com a finalidade de universalizar o acesso aos serviços de saúde, oferecendo serviços gratuitos e de qualidade à população, propondo também ações de promoção e prevenção à saúde, bem como garantindo que os indivíduos conheçam seus direitos enquanto usuário dos serviços de saúde, tendo como princípios: a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização, regionalização e resolubilidade (CORDOBA, 2013).

O SUS utiliza o conceito de saúde de forma ampliada, que passa a ser vista não mais como simples ausência de doença, mas sim como melhores padrões de qualidade de vida. Garante a assistência integral em substituição à assistência biomédica fragmentada e dispõe de ações baseadas em valores humanísticos na atenção à saúde (REIS et al., 2007).

Com base nos preceitos do SUS, a Atenção Básica em Saúde foi criada como estratégia para promoção e prevenção da saúde, controle de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, por meio da utilização de intervenções de tecnologias complexas e variáveis, a fim de que se proporcionar benefícios à comunidade, promovendo de maneira geral a manutenção da saúde (BRASIL, 2006). Caracteriza-se pela descentralização, abrangendo uma área delimitada, o mais próximo possível da realidade da comunidade local assistida, devendo ser a porta de entrada para a rede de atenção à saúde, tanto para o controle de enfermidades, como para outros cuidados e encaminhamentos para serviços especializados (BRASIL, 2012).

Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, tendo por finalidade promover a saúde e garantir melhorias no cuidado e na qualidade de vida no âmbito individual, das famílias e da comunidade, bem como a valorização do papel dos sujeitos, por meio da criação de vínculos de colaboração e compromisso (BRASIL, 2006).

O PSF deu origem à atual Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como objetivo a reorganização da Atenção Básica, considerando os preceitos do SUS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, buscando ampliar a resolutividade

e impacto na situação de saúde da população, construindo novas práticas assistenciais (BRASIL, 2012).

De acordo com a Portaria 2.488/2011, item 4.4.1, a ESF necessita para seu funcionamento, de uma equipe multiprofissional composta por no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários. Podem ainda compor essa equipe um cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, e um auxiliar ou técnico de saúde bucal (BRASIL, 2012).

No âmbito do SUS, a ESF utiliza no seu processo de trabalho o planejamento e programação da oferta de serviços considerando a perspectiva epidemiológica, incluindo a percepção dos fatores de risco à saúde e a possibilidade de intervenção sobre eles. Para tanto, utiliza-se de diferentes estratégias, tais como a promoção da saúde, agindo conforme as necessidades de cada município e área; com base na análise da situação de saúde da população em que se pretende realizar as ações de prevenção, promoção e manutenção da saúde (SAMPAIO; LIMA, 2004).

3.2 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: PERSPECTIVAS ACERCA DO HISTÓRICO DA PROFISSÃO ÀS PROBLEMÁTICAS VIVENCIADAS NO COTIDIANO PROFISSIONAL

O ACS ganha destaque no contexto brasileiro por volta de 1987 no estado do Ceará, como parte de um programa de trabalho emergencial ligado às questões de agravos à saúde decorrentes da seca, como a mortalidade materno-infantil que alcançava altos índices nessa época (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012).

No início da década de 1990, o Ministério de Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como estratégia de efetivação do SUS visando melhorar a assistência pública de saúde relacionadas à prevenção e educação (BRASIL, 2006), permitindo se estender para os demais estados brasileiros.

Em 1994, o PACS foi integrado à ESF, em que tinha como principal objetivo o atendimento da população que tinha dificuldade de procurar os serviços públicos de saúde (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012).

Nos últimos anos, houve um expressivo crescimento do número de USF, resultando no aumento na contratação de ACS em todo o país, mas foi apenas a partir da Lei nº 10.507/2002

(BRASIL, 2002) que a profissão foi criada e regulamentada na Lei nº 11.350/2006 (BRASIL, 2006).

Atualmente, existem cerca de 253.659 ACS em atividade no Brasil, sendo que 95.583 destes atuam na região Nordeste, 8.580 concentram-se na Paraíba e 1.424 profissionais desta categoria em João Pessoa, sendo a cidade do estado com o maior número de ACS (BRASIL, 2015).

O número de ACS da equipe deve ser suficiente para cobrir toda a população cadastrada no território de abrangência da USF, não ultrapassando o limite de 750 pessoas por profissional dessa categoria, e de 12 agentes por Unidade (BRASIL, 2012).

O ACS é um dos profissionais componentes das equipes de saúde da família, sendo responsável por analisar as necessidades da comunidade, realizar o cadastramento de todos os indivíduos de sua microárea e manter os cadastros atualizados; além disto, participa das reuniões da equipe, desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde na comunidade e através das visitas domiciliares (BRASIL, 2012), devendo este morar e conhecer a realidade local (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

Para Levy, Matos e Tomita (2004), os moradores de uma comunidade sentem-se mais seguros e à vontade para compartilhar seus problemas com um ACS, já que os mesmos vivenciam a mesma realidade, fato este de extrema importância para o estabelecimento de uma relação de confiança.

Essa relação supracitada facilita a formação do vínculo com as famílias da sua microárea, atuando como um mediador entre a unidade de saúde e a comunidade, facilitando o acesso do sujeito aos serviços de saúde (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

No entanto, o cotidiano de trabalho do ACS está marcado por situações que vão além de suas atribuições, o que pode gerar uma sobrecarga. Além disso, ele lida com o fato de ser morador na comunidade e ser usuário do sistema de saúde no qual presta serviço (WAI; CARVALHO, 2009).

Jardim e Lancman (2009) apontam que ao compartilhar da mesma comunidade como trabalhador e morador, o ACS estabelece inúmeras relações, sejam estas profissionais e pessoais, tanto de quem orienta quanto aos cuidados de saúde, quanto de quem frequenta os mesmos espaços sociais.

Relações como as citadas anteriormente, podem levar os ACS a se envolverem e absorverem os problemas das famílias de sua microárea, sentindo-se muitas vezes impotentes e culpados por não poderem ajudar como desejariam (NASCIMENTO; DAVID, 2008).

Sentimentos de impotência e culpa, conforme citado acima, levam os ACS a conviverem com cobranças tanto por parte da equipe de saúde quanto pela comunidade, o que ocasiona agravo à saúde dessa classe, como por exemplo, o estresse e a ansiedade, influenciando negativamente na sua qualidade de vida (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

Outros fatores que interferem na satisfação do ACS com seu trabalho estão relacionados à baixa remuneração salarial; instabilidade no emprego devido a muitas vezes não ser um cargo efetivo; horários não claramente definidos; falta de oportunidade de crescimento profissional e o precário treinamento e capacitação que os trabalhadores recebem para lidar com a comunidade, ocasionando sentimentos de insatisfação e desvalorização da profissão (FIGUEIREDO et al., 2009; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Além disso, o ACS lida, em seu cotidiano, com o aumento das suas atribuições e de responsabilidades, burocratização e hierarquização das relações de trabalho, e inexistência de limites entre o ambiente de trabalho e o de casa (KLUTHCOVSKY et al., 2007). Com isto, pode-se perceber que a qualidade de vida e o desempenho ocupacional das atividades cotidianas desse profissional podem estar sofrendo algum tipo de interferência.

3.3 O TRABALHO: DO PRAZER AO SOFRIMENTO PSÍQUICO

No presente estudo, apresenta-se o trabalho como eixo central da discussão, de forma que se pretende compreender como o trabalho dos ACS interfere em suas demais áreas de ocupação. O trabalho como ocupação compreende as atividades que envolvem remuneração ou as de envolvimento voluntário, relacionando-se ao interesse, busca e aquisição de emprego, desempenho laboral, preparação para aposentadoria, e interesse e participação em atividades voluntárias (CAVALCANTI et al., 2015). É uma atividade realizada em diferentes condições e situações, podendo contribuir de forma positiva no bem-estar do trabalhador, assim como trazer prejuízos para a saúde (URNISE; TRELHA; NUNES, 2010).

De acordo com Lancman (2004), o trabalho não deve ser entendido apenas como um ato de realizar uma atividade que propicie uma remuneração salarial, mas sim deve ser entendido como uma forma de inserção social, trazendo um papel importante para a

constituição da identidade do trabalhador, desenvolvendo-se ao longo da vida do indivíduo (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Além de propiciar identidade pessoal, o trabalho traz consigo o confronto entre o mundo interno e externo, desencadeando conflitos entre os desafios e regras do mundo externo e a singularidade do trabalhador, gerando um sofrimento psíquico. De igual forma em que o trabalho poder gerar sofrimento, também pode constituir-se como fonte de prazer e desenvolvimento humano do indivíduo (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Para Mascarenhas, Prado e Fernandes (2012), ao longo do tempo as relações de trabalho vivem um constante processo de transformação, como por exemplo, as novas tecnologias e as mudanças na sua organização. Porém, a forma como o trabalho se organiza influencia nessa busca por identidade do indivíduo e impõe que o sujeito acompanhe as constantes modificações no mercado de trabalho e na estrutura do emprego, exigindo um esforço muito grande do trabalhador (PIOLLI, 2011).

Para Dejours (1993), o sofrimento psíquico no trabalho sinaliza um equilíbrio que ocorre de um lado pela busca pelo prazer e bem-estar e, por outro, pela possibilidade de adoecimento mental, principalmente por considerar que atualmente o equilíbrio mental nas organizações de trabalho está cada vez mais raro, o que impossibilita que haja normalidade no ambiente laboral, já que o trabalhador está exposto a situações constrangedoras no trabalho.

O trabalho está intimamente relacionado à qualidade de vida do trabalhador, que pode ser definida como um padrão de relações emocionais, cognitivas e comportamentais, para diversos aspectos da organização do ambiente de trabalho. A qualidade de vida é um termo considerado abrangente, envolvendo inúmeros significados, mas que está ligado ao modo como uma sociedade considera o padrão ideal do bem-estar e conforto (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

3.4 TERAPIA OCUPACIONAL, DESEMPENHO OCUPACIONAL E OCUPAÇÃO

A terapia ocupacional é um campo profissional que volta seus estudos, à prevenção e ao tratamento de disfunções cognitivas, afetivas, perceptivas e psico-motoras, em consequência ou não de fatores genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da utilização da atividade humana como recurso terapêutico, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade. O terapeuta ocupacional compreende a atividade humana como um processo criativo, criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de automanutenção e o homem, como um ser prático interferindo no cotidiano do usuário

comprometido em suas funções práticas objetivando alcançar uma melhor qualidade de vida. (COFFITO, 2015).

De acordo com a Cavalcanti et al. (2015), o desempenho ocupacional pode ser definido como o ato de realizar uma ocupação de forma satisfatória, levando-se em consideração a interação entre a pessoa, o ambiente, o contexto e a atividade, sendo 8 as áreas de ocupação: Atividades de Vida Diária; Atividades Instrumentais de Vida Diária; Descanso e Sono; Educação; Trabalho; Brincar; Lazer, e Participação Social.

Ao se referir ao desempenho ocupacional, remete-se à terapia ocupacional por ser uma profissão que busca auxiliar o indivíduo a realizar ocupações que são significativas para ele (WILLARD; SPACKMAN, 2011).

Neste contexto, entende-se por ocupação as atividades que envolvem as pessoas e dão sentido a suas vidas, importantes para a construção da identidade e estruturação do seu cotidiano, contribuindo para a saúde e o bem-estar do indivíduo (CAVALCANTI et al., 2015).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva, caracterizado como pesquisa de campo, com abordagem qualitativa. As pesquisas exploratórias têm como objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias ainda pouco estudados (GIL, 2008). Embora haja na literatura muitos estudos a respeito da qualidade de vida do ACS, esse tema ainda é pouco estudado pela terapia ocupacional.

De acordo com Vergara (2009), a pesquisa descritiva apresenta características de uma determinada circunstância, podendo também estabelecer relações entre variáveis e definir sua natureza.

A pesquisa de campo pode ser definida como um estudo baseado nas experiências vivenciadas pelo pesquisador, podendo ser explicadas por informações fornecidas pela população pesquisada. Neste tipo de estudo, o pesquisador necessita ir ao local onde acontece ou aconteceu o fenômeno estudado, além de reunir informações que serão documentadas (GONSALVES, 2001, p.67).

O estudo qualitativo pode ser definido como subjetivo e descritivo, em que o ambiente é a fonte para coletas de dados e o pesquisador é o componente primordial, sendo parte integrante do processo de conhecimento e interpretação dos fenômenos, atribuindo a estes um significado (CHIZZOTTI, 1995, p. 79).

4.1 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

João Pessoa, capital da Paraíba, localiza-se no litoral brasileiro, tendo 93,2 metros quadrados de área urbana, com uma população estimada em 791.438 habitantes (IBGE, 2015). Em sua totalidade, a capital é composta por 65 bairros, dentre eles, o Castelo Branco, onde se localiza a Unidade de Saúde da Família em que ocorreu o presente estudo.

O município é composto por cinco Distritos Sanitários, sendo a referida USF pertencente ao Distrito V, que abrange 11 bairros: Miramar, Tambauzinho, Manaíra, Torre, Tambaú, Altiplano, Bessa, Castelo Branco, Portal do Sol, Expedicionários e Penha; e presta serviço a 22 instituições de saúde.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

A amostra deste estudo foi composta por oito dos nove ACS atuantes na USF do Castelo Branco I. Os critérios de inclusão utilizados foram: ser ACS desta USF e estar atuando em seu território no momento da pesquisa. Estes sujeitos foram identificados, ao longo da apresentação e discussão dos resultados, pela letra “A” seguida dos números de 1 a 8.

4.3 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado o grupo focal, definido como um tipo de entrevista em grupo sobre um determinado objeto de estudo, prezando pela boa interação entre os componentes, com a finalidade de gerar tipos distintos de dados (POPE; MAYS, 2006, p. 36), estabelecendo um processo que visa à compreensão das experiências de um grupo, a partir do seu próprio ponto de vista (LERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Foram realizados três encontros com os ACS. O primeiro teve como objetivo apresentar o projeto e convidá-los a participar da pesquisa. No segundo encontro, o projeto foi reapresentado, foram retiradas dúvidas dos sujeitos, e a realização do grupo foi marcada, em local e data compatíveis com as possibilidades dos participantes. No terceiro encontro, foi realizado o grupo focal, em que estiveram presentes oito ACS, mas apenas sete manifestaram suas opiniões.

Para estimular a discussão no grupo, foram utilizadas três perguntas disparadoras: Como é realizado o trabalho do ACS?; Considerando as demais áreas de ocupação: Atividades de Vida Diária, Atividades Instrumentais de Vida Diária, Descanso e Sono, Lazer, Educação e Participação Social, existe algum tipo de interferência do Trabalho no desempenho dessas funções? Se existir, quais são e por quê?; Como está a qualidade de vida de vocês?

O grupo com os oito ACS realizou-se em março de 2015 e teve duração de 1 hora e 35 minutos, sendo toda a entrevista gravada em áudio e conduzida pelo pesquisador e sua orientadora e posteriormente transcrita em sua totalidade.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os sujeitos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, levando em consideração os aspectos éticos que tratam de pesquisas que envolvem seres humanos,

conforme previsto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Ministério da Saúde (CNS, 2014).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba em 24 de novembro de 2014, protocolo 0588/14. CAAE: 38389014.2.0000.5188.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram transcritos na íntegra e sua análise foi realizada a partir da análise de conteúdo proposta por Minayo (2008), que é dividida em três etapas: pré-análise, descrita como a fase de organização do material, com base em leituras exaustivas do material; exploração do material, passo que compreende a categorização dos dados, classificados utilizando palavras significativas; e tratamento e interpretação dos dados obtidos, etapa correspondente à análise dos dados, com interpretação dos significados dos conteúdos temáticos confrontando com o referencial teórico presente na literatura.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo de ACS da USF do Castelo Branco I é composto por 9 ACS, sendo constituído de 6 mulheres e 3 homens, que são responsáveis por atender aproximadamente 1500 famílias no território, com uma média de 166 famílias por ACS nas suas respectivas microáreas. O número elevado de famílias pelas quais cada ACS é responsável explica-se por que um ACS deixou o cargo e as famílias assistidas por ele foram redistribuídas pelos demais profissionais. Isso implica uma maior demanda de serviço, intensificando a sobrecarga de trabalho sob a categoria, não cumprindo o preconizado na Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, em que cada ACS é responsável em sua microárea por no máximo 750 pessoas.

Após análise, os dados foram sistematizados em 4 categorias centrais: O trabalho como ACS; Questões políticas, de direito e de gestão; Descaracterização da ESF; e Qualidade de vida dos ACS. As duas primeiras categorias foram divididas em subcategorias de análise, sendo estas:

- O trabalho como ACS: Proteção à saúde dos trabalhadores, Fatores de sobrecarga de trabalho, Remuneração salarial, Satisfação com o trabalho e reconhecimento, Aspectos relacionados a morar e trabalhar na mesma comunidade, O trabalho com os usuários da USF, e Avaliação do próprio trabalho como ACS;
- Questões políticas, de direito e de gestão: Interferência de questões políticas no trabalho do ACS, Os direitos como ACS e Mudanças de gestão.

5.1 O TRABALHO COMO ACS

a. Proteção à saúde dos trabalhadores

Nesta subcategoria serão apresentadas e discutidas as condições de trabalho do ACS, tais como atribuições e riscos à sua saúde. Um ACS relatou que suas atribuições no trabalho são numerosas, porém os direitos que protegem a classe mostram-se insuficientes. Relacionou isto à questão da falta de equipamentos de proteção individual para a realização das atividades, visto que eles frequentam áreas de risco e as matas, e lidam com doenças transmissíveis, o que pode implicar agravos à saúde.

“Os deveres são muitos, mas os direitos... A gente trabalha com AIDS, com tuberculose, área de risco, área de mata... Às vezes, muitas vezes a gente vai sem calçado adequado” (A7).

Essa privação de direitos é associada por Lancman e Jardim (2004) à precarização das condições de trabalho, em que os trabalhadores cedem às perdas de direitos trabalhistas e aos meios de proteção à saúde, aumentando os riscos de adoecimento e acidentes de trabalho.

De acordo com a Norma Regulamentadora nº 9, definida pelo Ministério do Trabalho e Emprego (Portaria MTE nº 1.471, de 24 de setembro de 2014), que visa à prevenção de riscos ambientais, estes riscos podem ser originados por agentes biológicos, físicos ou químicos existentes no ambiente laboral. Pelo fato de trabalharem com doenças transmissíveis, os ACS estão expostos aos agentes biológicos como vírus, bactérias, fungos, parasitas, entre outros, o que pode trazer riscos à sua saúde. Os riscos referentes aos agentes físicos também puderam ser identificados, pela constante exposição aos raios solares, devido às longas caminhadas para realizarem as visitas domiciliares:

“Olha aí minha pele, toda manchada. Eu entrei aqui eu era tão *branquinha*.” (A2)
 “Conte aqui na sala, quantos tão fardados. Quantos tão com o equipamento de proteção. Quantos tão de protetor solar. Aquela farda de A7 tem 3 anos.” (A5)
 “Aquele protetor solar, pela misericórdia, eu lá uso aquilo dali (faz referência ao protetor solar oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde)” (A2).

A Norma Regulamentadora nº 6 do Ministério do Trabalho e Emprego (Portaria MTE nº 505, de 16 de abril de 2015), correspondente aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), disposta no item 6.3, obriga a empresa a fornecer equipamento de proteção adequada ao risco a que o trabalhador é submetido. O que não se observa na realidade vivenciada pelos ACS desta unidade.

Conforme visto nos relatos acima, fica evidente que a falta de equipamentos de proteção prejudica e põe em risco a saúde do trabalhador. A má qualidade dos escassos materiais disponibilizados também foi motivo de queixas pelos ACS, que relacionam este fato à falta de respeito da gestão com a categoria. Tais considerações acerca da importância da aquisição de EPI de qualidade, principalmente o fator de proteção solar, foram encontrados em estudos anteriores (NASCIMENTO; DAVID, 2008).

b. Fatores de sobrecarga de trabalho

Nesta subcategoria, foram elencadas as problemáticas relacionadas aos fatores que levam à sobrecarga de trabalho. Um desses fatores está atrelado ao aumento da demanda de serviço, devido à elevação do número de famílias pelas quais são responsáveis.

“E o meu trabalho é cansativo, tá ficando cansativo, antes era mais *light*, por que a gente só tinha aquela quantidade de famílias para a gente tá trabalhando com elas. Mas agora aumentou, cada cantinho de uma casa faz outra casinha para o filho, e assim vai aumentando as demandas, as demandas vão aparecendo, né? [...]”(A1).

Outra ACS relatou que a gestão, ao atribuir determinadas funções à classe, acaba por prejudicar as visitas domiciliares, pois o tempo para conciliar as tarefas impostas e as visitas mostra-se insuficiente.

“É porque além da demanda que a gente tem na área, a gente tem demanda aqui dentro também, entendeu? O problema é esse, né.” (A2)
 “[...] Era 100%, hoje nós não fazemos 100%, não faz 100%. Por que tem coisas que colocam para a gente fazer que atrapalham as visitas, e nós não fazemos a visita realmente como tem o direito de fazer mesmo, né? É mais por *cima* agora. [...] Tem que ser tudo rápido, por que se não, não dá tempo. E principalmente eu, que minha área é acidentada, lá embaixo [...]” (A3).

No que diz respeito às Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que são as atividades que dão apoio à vida cotidiana dentro de casa e na comunidade, estando entre elas o preparo de alimentos e limpeza, que compreende o planejamento, preparação, servir os alimentos e a limpeza dos alimentos e utensílios utilizados (CAVALCANTI et al., 2015), uma ACS relata:

“Eu já venho subindo cansada, às vezes 11 horas, que não dá tempo assim... Quando eu chego em casa, que eu vou fazer meu almoço, né? Tem dia que não dá nem para fazer meu almoço, eu tenho que comprar. Por que, antes eu chegava, mas fazia, e é por que eu fazia mais de quatro visitas, hoje não se faz mais, não faz mais as quatro visitas” (A3).

De acordo com a Cavalcanti et al. (2015), as Atividades de Vida Diária correspondem às ações de autocuidado, realizadas no cotidiano, e que são consideradas fundamentais para conviver em sociedade, produzindo bem-estar no indivíduo, dentre elas destaca-se a higiene pessoal, que compreende, por exemplo, o ato de lavar, secar, pentear, modelar e prender o cabelo, e cuidar das unhas. As informações acima citadas podem ser comprovadas no relato a seguir:

“Eu tinha tempo de ajeitar minha *bucha*, eu tinha tempo de ajeitar minhas unhas. Hoje, eu chego em casa *caio*, cansada... Olha para mim, eu não fiz nada... Nunca mais” (A3).

O aumento das demandas de trabalho impostas ao ACS é desproporcional à carga horária de trabalho, interferindo na qualidade do serviço prestado. Além disso, o cansaço devido à grande sobrecarga de trabalho afeta o desempenho das atividades do cotidiano desses trabalhadores, conforme relatado por A3.

As fichas do e-SUS foram um dos fatores de sobrecarga relatados pelos ACS, devido à grande quantidade de perguntas que a ficha possui, muitas delas mal elaboradas e ausentando informações importantes. Além disto, o preenchimento da ficha se torna cansativo por ser individual, obrigando os ACS a visitarem as famílias mais de uma vez, apenas para concluir o preenchimento da mesma, causando incômodo ao trabalhador e ao usuário:

“[...] Não dá tempo, eu passo quase uma manhã toda em uma casa só fazendo. Aí dizem: *Ei, deixa eu dar um tempo aí que eu vou desligar o feijão...que eu vou olhar o arroz...que eu vou olhar num sei o que...* E os outros não tão em casa... E a gente tem que voltar novamente, para fazer a... para fazer o cadastramento, daquela outra pessoa que não estava dentro da casa, porque é tudo individual. Aí fica muito difícil, e eu não tô conseguindo de jeito nenhum, eu não tô conseguindo.” (A1)

Embora haja sobrecarga relacionada ao preenchimento das fichas do e-SUS, é atribuição do ACS cadastrar todos os usuários de sua microárea e manter esses cadastros atualizados, conforme disposto no item 4.3.2.4 inciso 1 da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Outro possível fator propulsor de sobrecarga identificado pelos ACS é a má organização do serviço e a falta de respaldo por parte da gestão quanto ao recebimento das documentações que são enviadas. Além disso, cobranças pela produtividade em prazos curtos também puderam ser identificadas nas falas dos ACS.

“O que vai não volta, a gente fica tudo sem ter respaldo de nada, tudo bagunçado e quando chega aqui para pedir alguma coisa, querem *pra ontem*” (A4) .

De acordo com Galavote et al. (2011), as demandas em excesso apresentadas por usuários e pela unidade podem se configurar como fonte de sofrimento laboral, desenvolvendo no ACS pressões para produção de trabalho em curtos prazos, sendo associados ao desenvolvimento de sofrimento psíquico.

A grande quantidade de alunos de cursos da área da saúde na USF dificulta o trabalho do ACS, que além das suas atribuições, precisam dar assistência e acompanhar os alunos nas visitas domiciliares e em demais atividades.

“E antes a gente era obrigado a levar, né? Tem mais esse detalhe. Por que criava toda aquela pressão [...]” (A2)

De acordo com o disposto na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, do Ministério da Saúde, disposto no Título IV dos Recursos Humanos, no artigo 27, inciso I (BRASIL, 2015), é papel dos serviços públicos de saúde, vinculados ao SUS, atuar na formação profissional dos estudantes da área da saúde, mediante normas elaboradas junto à instituição educacional.

O fato de serem obrigados a desempenhar alguma função, relaciona-se com a hierarquização e as relações de poder nos serviços de saúde (GUIZARD; CUNHA, 2012). Para Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012), as relações de poder relacionadas às condições de trabalho do ACS podem acarretar sofrimento psíquico nesses trabalhadores.

Salientaram também como fator agravante à sobrecarga de trabalho os serviços que são prestados fora da unidade e em áreas descobertas.

“E a gente tem que trabalhar para as outras áreas todinhas também... Fora da unidade.” (A4)
 “A área descoberta... Eles mandam a gente.” (A7)

Além das atividades que desenvolviam na sua microárea, os ACS passaram a desenvolver ações em microáreas descobertas, diante do aumento da demanda de trabalho (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010), o que corrobora com os resultados encontrados no presente estudo.

Alguns relatos evidenciaram o desvio de função, quando assumem papéis que não fazem parte das suas atribuições, para suprir a insuficiência de profissionais no serviço.

“[...] E outra coisa, tem que se adaptar ao *rebolo*. Tem que tá lá na frente na recepção, como apoiador [...]” (A4).
 “Como vigilante [...]” (A1)
 “Como farmacêutico [...]” (A2).

Queirós e Lima (2012) relatam que a insuficiência de trabalhadores no serviço que realizam atividades essenciais para o funcionamento da unidade devido aos problemas administrativos e de gestão, produzem desvios de função e aprisionamento do ACS na unidade de saúde, colaborando para o processo de institucionalização do trabalho desses profissionais.

Para Ursine, Trelha e Nunes (2010), a atribuição de funções administrativas aos ACS descaracteriza e burocratiza o papel destes trabalhadores, visto que ocupam seu tempo e prejudicam seu desempenho nas demais funções. Tais considerações também corroboram com os achados do presente estudo.

c. Remuneração salarial

Os ACS relataram gostar do trabalho, porém se mostraram insatisfeitos com o salário que recebem. Isto está relacionado às condições de trabalho e com a pressão gerada por parte da gestão pela produtividade.

“[...] Pelo menos eu gosto muito do meu trabalho como Agente de Saúde. Eu não sei os outros, mas eu gosto do meu trabalho, independente eu sei que o salário é pouco, né... o salário não é aquele que a gente deveria ganhar no sentido de... do trabalho que a gente faz. A gente deveria ganhar um salário-base que fizesse a gente ficar satisfeito, né?” (A1)

“Na realidade, eu acho assim, o trabalho da gente é bom, mas só que tem todo esse *muído*, né? Toda a pressão... E o salário da gente que tá...” (A2)

Segundo Theisen (2004), a renda se constitui como elemento fundamental para suprir as necessidades, além de exercer um papel importante no contexto social, servindo tanto para comprar mantimentos fundamentais para suprir necessidades, quanto na aquisição de materiais importantes nas relações sociais. .

Em estudos anteriores (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012; GALAVOTE et al., 2011; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010; WAI; CARVALHO, 2009; GOMES et al., 2009; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008), pôde-se constatar a crescente insatisfação com a baixa remuneração salarial, sendo relacionada tanto com a sobrecarga de funções impostas sobre a categoria profissional, como pela desvalorização do trabalho que realizam.

d. Satisfação com o trabalho e reconhecimento

Em relação a esta subcategoria, os ACS mostraram-se insatisfeitos com as condições atuais de trabalho e relataram que as mudanças de gestão descaracterizam o trabalho da categoria. As cobranças pela realização de atividades diversas, a pressão gerada pela gestão e o fato de não ouvirem e acatarem as sugestões e opiniões dos ACS foram algumas das queixas citadas:

“[...] Era tudo maravilhoso aqui no PSF, eu trabalhava com a maior satisfação. [...] Hoje em dia não, eu venho trabalhar, quero ir para a área, quero ir para a área logo. Por que é aquela pressão, aquela coisa, como se fosse uma perseguição, que... que não é bom como era antes. Não, não é não, acabou.” (A3)

“A gente reclama, a gente fala, mas... A gente pode reclamar, *cair a língua*, mas é o que eles querem e acabou-se a conversa.” (A2)

“[...] não querem ouvir a gente, não querem ouvir...” (A1)

Outro fator ligado à insatisfação relaciona-se com a falta de reconhecimento do trabalho e das ações que realizam na Unidade.

“E eu acho o seguinte, tô sendo sincera. Para poder a gente fazer os eventos da gente aqui, a gente tem que colaborar. E aí eles ficam com o que? A gente vê, solta da internet, né? E o nome deles sobe, e quem foi que fez? A gestão. A comunidade fica pensando que é a Gestão que... É, com o dinheiro todinho da gente, né?” (A1).

“Eles não reconhecem, eles não reconhecem o nosso trabalho” (A3).

“Eu sei que a gente devia ser mais reconhecido e ganhar mais... E por que... é *só a graça*... Na realidade o agente de saúde ele trabalha 24 horas. [...] Assim, na realidade, é, acho que todos aqui, a gente faz o papel da gente, né? A gente trabalha, ajuda aqui dentro. Mas só que a gente não é reconhecido, né? Só que nem por isso a gente deixa de fazer, a gente continua fazendo. Mas a maioria é assim, né?” (A2).

O reconhecimento pode ser entendido como o método de valorização do esforço e do sofrimento utilizado para a realização do trabalho. A vivência de prazer e autorrealização provém da possibilidade de construção identitária do indivíduo (MENDES, 2007, p. 29-48). Diante disso, Reis (2005) afirma que o incômodo sentido pelos ACS em relação à equipe tem como fonte a falta de reconhecimento pelo trabalho que desempenham com dedicação e esforço.

Foram relatados também como fatores geradores de insatisfação o desrespeito e a desvalorização dos profissionais, tanto pela gestão quanto pela equipe. Observa-se também a falta de representatividade da classe colaborando para a desmotivação desses profissionais na busca por direitos para a categoria.

“Interessante que eles falavam que o principal, o principal da Unidade era o Agente de Saúde... E somos mal valorizados... Mal valorizados, não tem valor nenhum. *Peão de obra* mesmo, nem *peão de obra* pode ter um valor desses. Tem que ser muito bem valorizado. Não é questão de dinheiro não, de respeito mesmo. Uma classe desrespeitada. Onde você for perguntar: *Desrespeitado*. Se torna até uma classe até desunida também, às vezes. Aí é... Na maioria das vezes... Se tiver alguma coisa, vai... Se tem 1700 (ACS), vai 300, vai 200. Tudo desacreditado, mal valorizado” (A4).

Para Lancman (2004), o reconhecimento é o que permite o desenvolvimento da subjetividade e a transformação do sofrimento em prazer. Quando o reconhecimento no

trabalho não existe, o sentimento de desvalorização vivenciado pelos trabalhadores se generaliza, contaminando outras áreas de vida diária e familiar.

Em estudos anteriores (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010; SILVA; DALMASO, 2002) os ACS mostraram-se satisfeitos com o trabalho, sendo motivados por vários aspectos, dentre eles o reconhecimento do trabalho, o que não condiz com os achados desta pesquisa, pois ao contrário dos ACS dos estudos encontrados, os ACS da presente pesquisa mostram-se desmotivados com a profissão, e insatisfeitos por não verem a resolução dos problemas vivenciados no serviço e pela falta de apoio pelos demais profissionais da equipe.

e. Morar e trabalhar na mesma comunidade

Ao morarem e trabalharem na mesma comunidade, os ACS estabelecem diversas relações com a comunidade, e por muitas vezes, os usuários não conseguem diferenciar o horário de trabalho e horário livre para assuntos diversos. Uma das principais queixas dos ACS em relação a esta subcategoria relaciona-se com as cobranças pelos usuários da prestação de serviços, mesmo em horários e locais externos aos de trabalho. Tais dados corroboram com os estudos de Filgueiras e Silva (2011).

O descanso e o lazer constituem duas das oito áreas de ocupação. Por descanso e sono entendem-se as atividades de preparação para dormir e a participação no dormir, sendo estas benéficas para a saúde e para o envolvimento em outras áreas de ocupação. Já o lazer pode ser entendido como uma atividade realizada em um tempo livre das atividades obrigatórias, constituindo a exploração e a participação no lazer (CAVALCANTI et al., 2015). Diante disso, alguns relatos evidenciaram que as cobranças por serviço realizadas fora do horário de trabalho e em dias de folga incomodam os ACS, gerando constrangimento e interferindo nas áreas acima referidas.

“É sábado... domingo... feriado... 11 horas... meia noite... Uma vez ligaram para mim de meia noite: *O médico vai amanhã de manhã?*” (A2)

“Essa gestão agora, instituíram um dia de estudo (dia de folga) para nós. O meu é hoje de tarde. Se hoje de tarde eu for na rua, eu fico constrangida em ir na rua... E tô no Centro... Tô no Shopping... Tô fazendo alguma coisa... E uma pessoa da comunidade olhar para mim e fez: *Tá trabalhando não?* É, a gente não pode dizer para eles que a gente tá em turno de estudo. Aliás, é para dizer que está em turno de estudo... De estudo, e eu tô no Shopping? Quer dizer, eu não posso ir no Shopping, tenho que ficar escondida dentro de casa na minha folga”. (A5)

“Então tem um dia de folga cada um... Por que eu não posso dizer: *Tô de folga[...]* Já perguntaram para mim: *Ei folgada, tá trabalhando hoje não, é?* Aí eu disse: *Não*

menina, não é isso não. É por que a gente tem um dia de folga, os agentes de saúde[...]” (A1)

Os ACS estudados por Jardim e Lancman (2009) também afirmaram que residir no bairro em que trabalham tem gerado constrangimentos a si e aos seus familiares devido ao constante assédio dos usuários, principalmente em locais fora do ambiente e horário de trabalho.

Por ser uma profissão em que os trabalhadores adentram nas casas dos usuários, formam vínculos com a família e com a comunidade e vivenciam a mesma realidade que eles, esse duplo papel de trabalhar e ser morador no mesmo local prejudica a vida particular e familiar dos ACS. O fato dos usuários não saberem diferenciar o horário de trabalho e o horário de folga, relacionado às constantes abordagens fora do horário de trabalho, traz como consequência a perda da privacidade, interferindo no cotidiano e nas atividades rotineiras desses profissionais.

A participação social engloba padrões de comportamento organizado de um indivíduo dentro do meio social, relacionando-se com a comunidade, família e nas amizades (CAVALCANTI et al., 2015). Analisando os relatos dos ACS, pode-se constatar que o constante assédio dos usuários e a perda de privacidade associada a isto, prejudicam a participação social desta categoria.

“[...] uma vez, por exemplo, a gente tá no mercado, o usuário aborda a gente, a gente fica com a maior vergonha... Tá numa parada de ônibus, querem abordar a gente, a gente passa a maior vergonha na frente de todo mundo. [...] O que interfere na vida da gente é isso, por que a gente não tá no horário de trabalho, mas eles chegam onde a gente está, e ficam, né não?” (A6)

“Isso é dentro do shopping, do supermercado... Isso é em todo canto...” (A1)

“Eu olho lá de cima lá de casa, se eu ver que é um usuário, eu não atendo não. Se eu não tiver no meu horário, eu não atendo mais não, porque tá um caso sério.” (A2)

“Eu não passo na frente do mercado por causa de um usuário que tem lá, eu vou por trás...” (A7)

Menegussi, Ogata e Rosalini (2014) também relatam em seu estudo que os ACS encontraram como dificuldade no seu cotidiano a perda de privacidade.

Para Jardim e Lancman (2009), o espaço de trabalho que é público se confunde com o espaço de viver e conviver, que deveria ser privado, mas que, nesse caso, também se torna público. Essa exposição de vida privada e da vida pública termina criando situações complicadas, tornando-se um fator propulsor de sofrimento psíquico. O fato de morar na região, poder ser abordado a qualquer momento do dia e da noite, na rua, no supermercado, na

feira, nos espaços sociais que compartilha com a comunidade, expõe o agente, constantemente, ao assédio das pessoas.

No momento em que foram questionados sobre a forma como lidam com o fato de morarem e trabalharem na mesma comunidade, relataram que uma das dificuldades está relacionada com as cobranças feitas pelos usuários por favores que não são da competência da categoria. Os usuários possuem a mentalidade de que por compartilhar da mesma comunidade, os ACS devem resolver todos os problemas existentes.

“Tem preguiça de vir aqui, tudo é pedir favores que a gente não tem competência de ajudar. E, fica cobrando [...]” (A5)

“Eles não querem nem sequer dar o trabalho de vir mais nem aqui, tudo é com a gente. *Vocês não agendam consulta não?* Eu disse: *Não, isso é lá na unidade.* [...] Tudo é em casa, receber em casa.” (A6)

“Ontem eu tive que ir deixar uma galinha lá nos Bancários [...]” (A4)

“Semana passada mesmo, uma pessoa começou a chorar, dizendo que pediu, ligou para o filho, e o filho não mandou a fruta, aí eu disse: *Meu Deus! O que eu faço?* Fui lá para a casa de mamãe, que eu tava sem... só tinha um abacaxi, aí eu dei o abacaxi, mamãe deu o melão, banana. Fui levar na casa dessa pessoa, por que disse que queria comer frutas, por que era diabética... Aí fui, levei. A gente é assim, tem que ser. [...] Por que assim, até isso. Para você ver o agente de saúde. Eles pensam que agente de saúde é *Bombri!*” (A3).

Ao serem questionados se já haviam tentado explicar aos usuários que estão em horário de trabalho, e que não são atribuições da categoria prestar esses favores que são solicitados, afirmaram que muitas vezes eles não se queixam por medo dos usuários sentirem raiva, prejudicando a relação com os ACS e isto cause interferência nas abordagens realizadas no domicílio.

“Eu não falo, por que eles ficam com raiva. [...] Só que às vezes fica difícil, por que depois eles vão negar você a fazer o seu trabalho na sua hora de trabalho” (A2) .

Os ACS também relataram que os usuários são insatisfeitos com o serviço, devido à descaracterização da ESF, gerada pela má administração dos gestores que assumem a Unidade e pela falta de medicamentos e exames, responsabilizando-os e cobrando dos mesmos respaldos e soluções, ao invés de reivindicarem à gestão. Tal situação interfere na relação do ACS com os usuários, dificultando muitas vezes o contato entre eles, afetando a credibilidade da categoria na comunidade.

“Porque na verdade a população reivindica a gente, que tem o contato, que tem a ligação. Não vai onde realmente é, por que a culpa não é da gente. A gente é a menor, das menores, partes da... entendeu?” (A7)

“É por que eles já são acostumados... O usuário é acostumado com certo tipo de trabalho do PSF, entendeu? ‘Eles’ sabiam que PSF era aquele tipo de trabalho. Aí quando mudou, aí eles ficam cobrando... Aí fica difícil...” (A3)

“Isso estressa... Você nasceu e se criou ‘ali’, e não ter uma amizade com teu vizinho por causa da Unidade, por causa de má Gestão... O vizinho fica saturado... Todo mundo fica saturado[...]” (A4)

De acordo com Jardim e Lancman (2009), a precária disponibilidade dos serviços de saúde para atender às demandas da comunidade e a dificuldade de o usuário ter acesso aos demais níveis de atenção à saúde, interferem nas relações de confiança estabelecidas entre usuário e ACS, possibilitando a ocorrência de conflitos e a instabilidade das relações de trabalho, prejudicando a produção, a qualidade do trabalho e o atendimento prestado à comunidade.

Alguns ACS afirmaram que mesmo fazendo parte da comunidade, atuando como morador e prestador de serviços de saúde, possuem dificuldade de utilizar os serviços de saúde da Unidade. Alguns afirmam que não lembram há quanto tempo tinham passado por uma consulta médica. Relacionaram esse fato às interferências dos usuários no momento das consultas, ao adentrarem na sala do médico sem autorização. Muitos deles se mostram insatisfeitos, pois acreditam que os ACS estão sendo privilegiados ao serem atendidos primeiro.

“A gente próprio. Há doze anos que eu tô aqui, eu não sei quando eu me consultei aqui.” (A4)

“Agora eu tava pensando, eu nunca tive... faz muitos anos que eu tive uma consulta sozinha na sala com o médico, porque é eu e a *torcida do flamengo* [...] A consulta é desse modelo... é eu e mais umas 3. [...] Não deixam você se consultar não, vão entrando[...]” (A2)

“A gente tem que ser das primeiras, por que já tem um *batalhão* lá fora, da área, né? Aí eles ficam questionando por que a gente faz a consulta e vai para a área [...]” (A3).

“Faz a consulta primeiro e vai para a área (os ACS), mas eles não aceitam a gente entrar primeiro [...]” (A6).

Os ACS mostram-se incomodados ao receberem reclamações dos usuários por acharem que estão sendo privilegiados ao utilizarem os serviços da unidade antes da comunidade. Tais resultados também corroboram com os achados de Jardim e Lancman (2009).

f. O trabalho com os usuários da USF

Dentre os desafios que marcam o cotidiano de trabalho dos ACS está a dificuldade de abordarem as famílias para realizarem o cadastramento no SUS. Afirmaram que muitas não querem receber sua visita, pois alegam não necessitarem dos serviços oferecidos pelo SUS por possuírem planos de saúde.

Cordoba (2013) relata que atualmente a população está aderindo a seguradoras e planos de saúde influenciados pela medicina privada, que possui uma característica mais curativa do que preventiva, diminuindo o acesso da população à ESF.

Para Silva (2013) a posse do cartão do SUS pelo usuário facilita o trabalho de gestores, administradores e profissionais de saúde, pois garante o acesso a bases de dados informatizadas que possuem informações do histórico de saúde do indivíduo, auxiliando no atendimento nos serviços de saúde. Possibilita, também, a vinculação dos procedimentos realizados no contexto do sistema em questão ao usuário, ao profissional que os executou e à unidade de saúde em que foram realizados (BRASIL, 2015).

No entanto, os ACS afirmaram que com o decorrer do tempo, são procurados pelos usuários por conta de situações como dificuldades para custear as despesas do plano de saúde, necessidade da realização de procedimentos que o plano não cobre ou exigência do cartão do SUS pela empresa de vínculo.

“Acontece muito isso, eles não querem receber a gente, tem uns deles que recebem. Mas geralmente eles não querem. Mas geralmente, dois, três meses depois eles estão precisando do PSF por que não aguenta pagar o plano de saúde [...]” (A2)

“Pronto, agora mesmo, num foi? Agora mesmo esse estudante aí (referindo-se a um usuário que mora no território), ele mora em um prédio faz mais de dois anos. É, eu dei o *papelzinho* dele, para ele fazer o cartão do SUS, para poder fazer o cartão do e-SUS dele. Toda vez eu dizia à menina que fazia faxina lá. Eu digo: *‘M’ vê se tu fala com ‘J’ para fazer logo o cartão do SUS, para eu fazer o e-SUS dele, tudinho. Por que o cartão do SUS vai precisar para tudo.* Aí eu fui fazer a visita lá, aí eu disse: *Já fizesse, ‘J’, o teu cartão do SUS?* Aí ele: *Eita, fiz não. Eu perdi o papel.* Dei outro papel, quando foi agora ele veio, sabe por que? Por que o trabalho dele tá precisando do cartão do SUS.” (A1)

Outro desafio enfrentado pelo ACS no seu trabalho com os usuários é a dificuldade de conscientizá-los a buscar a Unidade com o propósito de prevenir doenças e agravos, e não apenas em casos de urgência ou extrema necessidade.

“A cultura deles é só a cultura da urgência e emergência. Eles não têm cultura de prevenção e promoção de saúde não. Olhe, a campanha do câncer de mama é em outubro, sabe por que é em outubro? Porque vai acabar o ano e eles vão pegar quem

não fez. Não é para você deixar para fazer em outubro não. É para fazer em janeiro, fevereiro, março, abril... o ano todinho. No início do ano, cuidar da vida. Em outubro é quem não fez, a gente vai fazer um levantamento e lembrar as pessoas que têm que fazer. Não é para fazer só em outubro não. Mas eles só vem, quando o caroço já tá *desse tamanho*”(A5).

Conforme pode ser observado acima, essa procura pela assistência baseada na doença e/ou no aparecimento de sintomas é bastante expressiva. Os usuários, mesmo sendo conscientizados pelos ACS da importância da prevenção e promoção à saúde, não participam dessas atividades, utilizando, muitas vezes, a USF como um serviço de caráter mais curativo e emergencial, tendo bastante semelhança com os resultados dos estudos anteriores de Franco (2012) e Ronzani e Silva (2008).

g. Avaliação do próprio trabalho como ACS

Os ACS avaliam seu trabalho dentro da comunidade como positivo, mesmo diante de todas as problemáticas enfrentadas por eles, tais como: ineficiência do Sistema e falhas nos serviços de saúde, condições de trabalho precárias, falta de reconhecimento e valorização pelo trabalho que desenvolvem e a relação delicada com os usuários dentro da comunidade. Procuram desenvolver seu trabalho da melhor maneira possível, com dedicação e empenho.

“Porque assim, os agentes de saúde, por mais que para eles (usuários) a gente seja *mau*, por mais que a gente não seja valorizado, mas a gente nunca deixa faltar aqui na unidade. A gente sempre tá aqui, ali, sempre tá fazendo, sempre tá buscando, sempre tá procurando” (A2).

“E faz as coisas com boa vontade. Eu vejo assim, na minha visão, o serviço é público, é do SUS, mas eu como profissional, não posso deixar a coisa ser abaixo do que eu gostaria que fosse para a minha família. Para mim, entendeu?”. E assim, pelo o que eu entendo, por onde eu já andei, esse posto aqui, quando as pessoas chegam, elas se admiram, elas veem que aqui funciona, elas gostam do atendimento. Os que saem, não querem sair, querem continuar. Quer dizer que aqui realmente funciona. E é bom, né? Mas assim [...]” (A5).

“E se tem alguma coisa que não funciona, é por que a *coisa* não foi da nossa competência” (A6).

“E nem por isso a gente deixa de trabalhar com amor, de atender, e fazer até mais do que as nossas funções. Sábado mesmo, eu de duas horas da madrugada tava com minha usuária lá esperando o SAMU. Tudo bem que eu sou técnico de enfermagem também, mas se fosse outra pessoa, não ia deixar de dormir, por que ia estudar de manhã, para tá com o usuário não. Mas é por que a gente faz por amor, entendeu? Independente se é agente de saúde, se não é, a gente é humano. Mas só que não usam dessa *humanização* com a gente, de forma alguma[...]” (A7).

Diante dos relatos, pode-se observar que os ACS avaliam seu trabalho como uma experiência gratificante, pois afirmaram desenvolver suas atividades profissionais com prazer, passando a

compreender cada vez mais a situação de saúde da comunidade, buscando aprimorar seus recursos para contribuir na produção de saúde da população da sua microárea. Procuram sempre persistir no seu trabalho, mesmo diante de circunstâncias desestimuladoras que perpassam seu ambiente laboral (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008).

Ao serem questionados se compartilham das dificuldades enfrentadas dentro da Unidade com os usuários, eles afirmaram não deixar transparecer e nem saberem o que acontece dentro do serviço. Isto indica que os ACS participantes da pesquisa ainda enxergam o usuário como um indivíduo passivo que recebe as ações ofertadas pelos serviços, não possuindo a compreensão de que a sua conscientização acerca das dificuldades enfrentadas pela Unidade de Saúde reforçaria a capacidade de mobilização da comunidade em direção a melhores condições de saúde, podendo exercer o controle social e o protagonismo na produção do cuidado.

“Não, para o usuário a gente deixa tudo *ok*, né? Eles não sabem o que acontece nas *entrelinhas*, né? Mas a gente deixa tudo *ok*, a unidade funciona, entendeu?” (A2)

5.2 QUESTÕES POLÍTICAS, DE DIREITO E DE GESTÃO

a. Interferência de questões políticas no trabalho do ACS

Através dos relatos dos ACS, pode-se perceber como as questões políticas interferem nas suas atividades laborais, repercutindo no funcionamento da Unidade de Saúde. Alguns participantes afirmaram que já foram pressionados a trabalhar em períodos eleitorais para determinados grupos políticos, por determinação dos próprios gestores de saúde.

“Teve tempo aqui de se fazer como eles queriam mesmo, de verdade... Questão política. Você é obrigado a dizer que é o melhor do mundo, você é obrigado a trabalhar para *fulano*. Quando chegava com os kits para a gente, a gente tinha que ficar à *mercê* da política. *E vá lá e faça bonitinho. Não faça feio não. Não vá com cara feia não, viu? Você vai ter que trabalhar bonitinho aqui, tá aqui seu kit... Chapéu, santinho, como fizeram aqui. Meu Deus...*” (A4)

Tais problemáticas vivenciadas pelos ACS correspondem à presença de relações de poder, hierarquia e subordinação (SAKATA; MISHIMA, 2012), presentes nos serviços públicos em decorrência de questões políticas.

Relatos como o apresentado acima evidenciam a insatisfação dos ACS diante dessa realidade, sendo muitas vezes reféns dessa situação, em que suas atribuições sofrem interferências de questões políticas, desviando a verdadeira função que este profissional

deveria realizar no serviço. Tais considerações corroboram com os estudos de Figueiredo et al. (2009), afirmando que esses profissionais permanecem a mercê da instabilidade político-partidária e diferenças entre governos que se sucedem no poder.

Outro problema relacionado ao funcionamento da Unidade relaciona-se com o trabalho desempenhado pelos apoiadores, que no município atuam como gerentes das unidades. Relataram que esses profissionais não desempenham a real função que deveriam realizar, exercendo papéis tecnicamente burocráticos, de gestão e fiscalização, tornando-se porta-vozes da gestão municipal de saúde no serviço, levando e trazendo informações da Unidade, desempenhando apenas as atividades que os gestores determinam.

“Eles vêm já determinados com isso. Eles determinam: *Tu vai lá e faz isso aqui. Teu serviço lá é isso aqui.* [...] E ganhar bem... E ganhar bem para vir para levar informação e trazer informação... E não fazer nada.” (A4)

Relataram sobre o impacto na organização do trabalho na unidade e sua relação com problemas políticos, que desestruturaram os projetos dos gestores anteriores, descaracterizando o trabalho desenvolvido nos serviços.

“Mas sabe o que é isso *tudinho* aí? É problema de politicagem. Por que eles querem acabar com os projetos de outros partidos. Aí esses partidos de agora têm raiva, né? Eles são uma rivalidade... Aí ele quer acabar com as ideias de outros partidos que implantou o PSF. Aí eles querem acabar com isso, querem acabar com as ideias.” (A3)

Em alguns relatos, compararam o desenvolvimento do serviço da unidade em gestões anteriores com as atuais, no que diz respeito à preocupação com o funcionário, ao funcionamento do serviço de saúde e às remunerações recebidas em períodos anteriores.

“[...] Era fartura, e tratava a gente como *gente*. Ia nas escolas, chegava nos PSF, *ali junto* (apoiavam os serviços de educação e saúde). [...] Tinha aumento digno, não era não? [...] Trabalhou pelos nossos salários, tratava funcionário como funcionário, tratava população como população [...] tratava agente de saúde como agente de saúde. [...] Tinha festa dos agentes de saúde. Eles recepcionavam a gente muito bem. E quando tinha cursos, mandava o dinheiro do transporte. Nosso lanche não era bolacha *cream cracker* e nem bolacha doce com café de última qualidade.” (A3)

Diante das atuais condições de trabalho em relação à gestão do serviço, observaram-se diferenças na maneira como os gestores se preocupavam com o funcionário. Em gestões anteriores houve um maior incentivo financeiro e material por parte da gestão para os serviços e seus funcionários, além de demonstrar respeito e preocupação com o trabalhador.

b. Os direitos como ACS

Apesar de todas as situações vivenciadas por estes profissionais no seu cotidiano de trabalho que desconstroem seu papel como mediador entre unidade e serviço, relataram que as reivindicações feitas por eles estão sendo atendidas.

“O que eu tenho visto é que, as reivindicações nossas, dos ACS, daqui do Castelo Branco I, pelo menos têm sido ouvidas.” (A5)

Ao serem questionados a quem recorrem quando necessitam ser ouvidos ou solicitar que providências sejam tomadas para resolver alguma queixa comum a todos, relataram que não existe uma pessoa ou setor dentro do serviço a quem possam pedir apoio. O próprio grupo se reúne para tomar uma decisão comum a todos, ficando evidente a cumplicidade e união que os ACS possuem ao se reunirem para a construção de estratégias e/ou possíveis soluções para os problemas enfrentados.

“A quem recorrer é difícil, recorre com a gente mesmo. A gente se junta para tomar uma decisão, porque se não [...] Chegou uma denúncia aqui agora, tem que todo mundo já se preparar logo para no relatório: *Tu vai para onde? O relatório viu? Vai na defesa, por que se não o negócio, o bicho vai pegar. E outra coisa, é a equipe toda que vai ter que pagar por isso. Tem que tá sempre lutando, sempre lutando.*” (A4)
 “Por que assim [...]” O bom daqui, inclusive os Agentes de Saúde, querendo ou não, eles são unidos. Assim, quando tem uma coisa, a gente se une numa mesma coisa, né? Lógico que um abre a boca ali, outro [...]” Mas geralmente, a gente se une, né? Por que em PSF, não acontece isso. Eles são muito [...]” Mas aqui, pelo menos isso, né? A gente se une, e é aquilo ali e acabou-se. E a gente bate naquilo, né? Por que também se não for assim, minha filha [...]” (A2).

Compartilhar dúvidas e anseios permite a construção de consensos, busca de soluções e o estabelecimento de relações de apoio, possibilitando o fortalecimento de mecanismos de defesa, pois permite aos trabalhadores minimizarem o sofrimento vivenciado, criarem redes de apoio e estabelecerem relações que ocasionalmente os auxiliam a encontrar soluções e diminuir a solidão diante de problemas (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Queixaram-se do desrespeito e xingamentos feitos pelos usuários, principalmente em horários de trabalho e dentro da Unidade, e por não ter nenhum apoio da gestão quanto a medidas protetivas e à resolução de problemas como estes citados. Diante dos relatos, parece não haver preocupação por parte dos gestores em estabelecer medidas que garantam o respeito e a integridade dos funcionários.

“O telefone da ouvidoria fica ali, aberto para todo mundo ligar. Agora uma placa de desacato ao funcionário não tem. [...] Para reclamar do funcionário tem. Agora, para manter o respeito entre o usuário e o funcionário não tem.” (A5)

“Se a gente levar uma *lapada* de um usuário aqui dentro... A gente não vai ter direito de nada, eles (gestão) que vão apoiar por que eles tão precisando do usuário... O funcionário que se quiser que se *ferre*”. (A1)

Relataram também a insatisfação com a gestão quanto ao não pagamento de gratificações que receberiam do governo pelo serviço prestado, afirmando que a verba vem, mas não é repassada para eles.

“Eles fazem a gente de besta mesmo, sabe por que? Por exemplo, as verbas, a gente sabe que vem de Brasília, entendeu? E chega aqui e eles comem. O direito que é da gente” (A7).

Cordoba (2013) afirma que problemas relacionados com a gestão dos serviços são um dos desafios enfrentados pela ESF, pois os incentivos financeiros são repassados das instâncias governamentais federais e estaduais para os municípios, podendo surgir divergências ideológicas entre os partidos políticos pelos quais os gestores estão ligados, que interferem na forma sobre como aplicar esses recursos.

c. Mudanças de gestão

As formas de cada gestor trabalhar são diferentes, interferindo no cotidiano laboral dos ACS. Algumas gestões atribuem mais funções aos ACS, aumentando a demanda de serviços a serem prestados, afetando até mesmo os momentos de lazer e confraternização entre eles.

“Ultimamente a gente não tem mais aqui aquele negócio da gente tá se encontrando, fazendo...é... um lazer com a gente. A gente nunca teve isso, tinha antes, mas agora, por conta dessas demandas aí, parece que isso cabe de gestão para gestão, né? [...]” (A1)

“Cada gestor, tô dizendo, tem umas ideias diferentes de trabalho, né? Uns chegam para melhorar, outros chegam para melhorar mais, outros já depende do outro. Você sabe que um quando deixa uma gestão, já deixa mais, menos *light* né... Aí o outro já vai pegar o menos *light*, né... Aí já vai ter outras demandas que a gente vai tá tendo aqui. (A1)

A constante rotatividade de gestores dificulta o desenvolvimento das atividades dos ACS, pois têm que lidar com as mudanças de planejamento de um gerente para outro, não havendo continuidade nas formas de trabalho.

Para Galavote et al. (2009), os ACS reconhecem a função do gestor nos serviços, aliando esse trabalho às dificuldades enfrentadas no cotidiano da unidade, e referem que a gestão deve ter como foco o atendimento das necessidades da população, empregando estratégias que viabilizem o trabalho multidisciplinar com equipes que participem da construção conjunta no planejamento de ações no âmbito da USF. Tais afirmações não condizem com os dados do presente estudo, pois ao adentrarem no serviço, a gestão não aceita acatar as sugestões dos funcionários para melhoria dos serviços prestados. Muitos desses gestores assumem o serviço despreparados, desconhecendo o significado do PSF e as suas atribuições.

“Pronto, daqui a uns três, quatro... ou cinco meses, ou até mais... essa daí (referindo-se a gerente atual) muda também, aí vem outro. Aí já pensa de outro jeito, aí quer mudar tudo de novo. Até que vê que não dá certo, aí volta pro começo. Até entra outro e assim vai... Você sabe, né? Quem tá por cima, não quer escutar quem tá embaixo, né?” (A2)

“Má gestão mesmo... Quem acabou isso (PSF) foi eles... E vem acabando. E vai ficar pior... Vai colocando gente... Como diz o doutor... *Cai de pára-quedas* aqui, começa a trabalhar, não sabe o que é PSF. Aí vem trabalhar em um PSF sem saber...” (A4)

A questão dos apoiadores assumirem funções que desconhecem está diretamente relacionada a questões políticas, em que os gestores muitas vezes selecionam pessoas de sua confiança para assumir um determinado cargo, ao invés de contratar profissionais capacitados para desempenhar a função.

5.3 DESCARACTERIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesta subcategoria, foram elencados os fatores que descaracterizam o serviço na USF, afetando consequentemente o trabalho dos ACS. Semelhante aos estudos de Bachili, Scavassa e Spiri (2008), também foram relatadas pelos ACS desta pesquisa problemas referentes à organização administrava do serviço e à falta de planejamento estratégico das ações desempenhadas na comunidade e de reconhecimento e respeito pelo papel do ACS.

Relataram que a busca ativa está se descaracterizando, pois não a realizam da mesma forma com que já estavam habituados, devido às mudanças que acontecem na unidade, principalmente em relação aos horários e dias incertos para cada atividade.

“Tem que tá na área fazendo as buscas ativas. Saber quem realmente mora na área e quem não mora, apesar de que descaracteriza, um PSF já não é mais um PSF que

era. [...] na realidade quando vai mudando os gestores, vai descaracterizando o PSF. Vai chegando um ponto que não é mais PSF, é postinho, na realidade. Por que tudo que a gente fazia, não faz mais como a gente fazia, que a gente tinha que ir na rua... Ainda continua fazendo as buscas ativas. A gente fazia palestras, orientava o pessoal... Ainda faz, mas eu digo assim, no termo de posto mesmo, né... de unidade. Mas mudou muita coisa, não tem assim, não tem mais os dias certos para cada *coisa*, entendeu?”(A2).

A forma de trabalhar de determinadas gestões descaracteriza o PSF, pois muitos deles são despreparados e não possuem o conhecimento necessário acerca dos objetivos e atribuições da ESF. Cada gestão que entra possui formas de trabalhar que divergem das formas anteriores. Isso repercute no trabalho dos ACS, que assumem funções para as quais muitas vezes não estão preparados e que não são da competência deles. Esse aumento da carga de trabalho acompanhado da pressão que recebem da gestão gera sobrecarga de trabalho.

“Nós fazíamos PSF, era uma equipe pequena, mas se fazia PSF. [...] Então é assim, como as meninas falaram, de gestão para gestão. Tem gestão que não sabe nem o que é PSF. Aí atrapalha tudo, entendeu? Atrapalhava os agentes de saúde. Eles colocam as atribuições do Agente de Saúde. Às vezes eles nem sabem mais... Ficam colocando a gente em trabalhos que a gente não sabe, que não é da nossa competência. Mas mesmo assim nós ajudamos, né... Por que nós gostamos de trabalhar, gostamos de tá fazendo, né? Tá *Bombril* agente de saúde hoje. E realmente a gente só fazia o que era da nossa competência. Hoje não, é como se fosse assim, uma pressão. Antigamente era ótimo de se trabalhar, maravilhoso. [...]”(A3).

Para Queirós e Lima (2012) os desvios de funções vivenciados pelos ACS relacionadas com as tensões na estruturação do serviço e na organização do trabalho estão ligados à hierarquia, às relações de poder e às regras institucionais existentes no sistema.

Essa hierarquia está ligada à gestão, estrutura organizacional, áreas profissionais e diferentes trabalhos, o que é gerador de relações de mando e manutenção de status, reproduzindo a divisão técnico-social dos modos de produção (GALAVOTE et al., 2011). Como pode ser observado no relato acima, essas relações de poder e hierarquização existentes dentro dos serviços atribuem aos gestores autonomia para modificarem as formas de trabalhar e funcionar o serviço.

Essas modificações na forma de trabalhar afetam os usuários, que não se habitua com essas constantes mudanças, mostrando-se insatisfeitos. Devido a esta indisposição, os ACS relatam ter dificuldade de realizarem as visitas domiciliares, pois os usuários se recusam a recebê-los ou quando aceitam a abordagem, recebem mal os ACS. No entanto, percebe-se que

essa insatisfação dos usuários e suas reivindicações também produzem mudanças em algumas proposições da gestão e ações do serviço.

“Foi tão descaracterizado o PSF, que é tanto que os usuários são insatisfeitos. Que antes as visitas, a gente chegava nas casas, eles recebiam a gente com um sorriso [...] era aquela alegria. Hoje[...]”(A3).

“Hoje é a cara mais feia do mundo. Só que ainda deixam a gente esperando *100 anos*, se for no sol. A gente fica 10, 15 minutos esperando no sol. [...] Mas antigamente, eles não ligavam não, tava todo mundo acostumado, né? Tudo *bonitinho*. Assim, eles já tavam acostumados com o padrão, que era tudo organizado, né? Tudo bem organizadinho. Que todo mundo já sabia, tavam todos acostumados. Aí agora não, que cada vez que entra um...uma diretora aqui dentro dessa unidade, é uma mudança. Cada vez que entra é uma mudança” (A2).

“Em vez dela (gestão atual) se adequar ao processo de trabalho da gente, a gente que tem que se adequar. E a comunidade não se adequa de jeito nenhum. Então, há uma indisposição com a comunidade. E depois ela tem que voltar atrás por que é uma cobrança deles mesmo, entendeu? Então o trabalho tem que voltar a acontecer do jeito que sempre foi. Que aí toda vez que muda, fica nessa. Vai, muda tudo e depois volta para o que era” (A5).

Relataram também que as visitas domiciliares não estão sendo realizadas como de costume, pois deveriam ser feitas regularmente, inclusive as do médico que ocorriam ao menos uma vez ao mês, principalmente nas residências dos usuários que mais necessitem do atendimento, como os acamados. Atualmente, as visitas deste profissional estão sendo realizadas apenas em caráter emergencial, descaracterizando o papel da ESF, de prevenção e promoção da saúde. Os ACS afirmam a insatisfação da comunidade com a equipe de saúde, e apontam que os usuários deveriam reivindicar seus direitos com a própria gestão.

“Visita domiciliar tá descaracterizando [...] Por que o dia de visita domiciliar que a gente marca durante a semana, por exemplo, até na quinta feira de manhã, à tarde a gente vai fazer uma visita e a pessoa dizer assim: *Aí, olha, eu tô precisando de uma visita domiciliar para o meu pai*. Aí quando eu chego aqui, dizem assim: *Não, por que só tem um médico, não vai ter visita domiciliar. Cancela tudo*. Eu, com cara de *tacho*, chego lá na casa do usuário e digo assim: *Olha, não vai ter visita domiciliar*. E eu sabendo que essa pessoa precisa. Aí pronto, ficam chateados com a gente. Não é com eles não, é com a gente” (A1).

“E agora eles só querem que levem se for urgência mesmo. Só que PSF não é isso. PSF, é você acompanhar o paciente que é acamado, quase que todos os meses, levar o médico lá na residência. Não é quando a pessoa tiver já morrendo, na beira da morte, que eu vou levar o médico não. Agora só vai se realmente for necessário, por que se não for, nem invente” (A2).

“Se tiver só o médico, o médico não vai poder mais sair para fazer uma visita. Mesmo sendo dia de visita. Como é que pode? Se antes não era só o médico, e no dia de visita, o médico ia para a visita. Não era prioridade a visita? Hoje não é mais... Se tiver só o médico ele não vai poder sair para visitar [...]”(A6).

A visita domiciliar realizada pelo médico é muito importante, principalmente para os usuários acamados, que não podem se deslocar à unidade para realizar uma consulta. Porém, esse serviço está descaracterizado por decisões tomadas pela gerência da unidade, dificultando o acesso de quem necessita do serviço e tem prioridade na atenção, além de deixarem os profissionais impossibilitados de tomar alguma decisão, por não terem autoridade para reverter essa situação.

Outro fator ligado a essa descaracterização está relacionado com a troca de distritos. Os ACS relataram que quando faziam parte do Distrito III, tinham mais apoio nas ações e conseguiam resolver problemas de forma mais eficaz, o que não observaram com a mudança para o Distrito atual.

“O que acabou mais com a gente foi o distrito. Nós era do distrito III, o que tinha que resolver até por telefone eles ligavam e resolviam. Depois foi para o V, fizeram a *sentença* do PSF” (A4).

“O distrito... o distrito era mais junto da gente, sabe?” (A1).

“O distrito era mais junto. A diretora era 10. A diretora sempre tava aqui, ela não deixava escapar... E outra coisa, o distrito antes que era o 3 aqui, o distrito 3 era maior e ela tinha mais, aqui tempo. Ela não ficava dentro do distrito. Ela andava todos os... *O que é que vocês estão precisando?*” (A3).

As reuniões de equipe também passaram por mudanças; antes significavam para os ACS um momento de confraternização e interação entre os membros da equipe. Atualmente essas reuniões tem caráter unicamente informativo da gestão para a Unidade, o que os desestimula a participarem desses encontros.

“Antes, chegava sexta feira a gente amava, né? Principalmente à tarde. A gente tinha o prazer de vir à tarde para a reunião, e a gente dava boas gargalhadas, e brincava e tudo com a equipe. Era o momento da gente” (A3).

“E hoje em dia a gente diz: *Meu Deus do céu, hoje tem reunião*” (A2).

Ressaltaram que nas reuniões que deveriam ter com a enfermeira, não há discussão de caso e das ações realizadas, visto que isso é apontado pelos ACS como muito importante, principalmente para compartilharem informações referentes a particularidades e dificuldades enfrentadas por eles nas abordagens realizadas, citando a realização de apenas uma única reunião com esses propósitos, salientando mais uma vez que as reuniões possuem caráter informativo. Tais afirmações acerca da descaracterização das reuniões realizadas na unidade, corroboram com os achados em estudos anteriores (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2009).

“E isso nunca houve aqui, nunca. Nunca houve. Para não dizer que não houve, uma única vez houve... não teve discussão de caso... [...] Toda reunião aqui é unicamente informe da gestão para nós, e acabou.” (A5)

A Portaria Nº 2.488/2011 da Política Nacional de Atenção Básica, em seus subitens IV e VI do item 4.3.2.1, com relação às atribuições específicas ao enfermeiro, determina que é de responsabilidade deste profissional realizar atividades de planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS juntamente com os outros profissionais da equipe, bem como o gerenciamento dos serviços necessários para o funcionamento da Unidade, o que não corrobora com os resultados deste estudo, pois quem assume essa atribuição é a gerente da unidade. Os ACS afirmaram que a função de gerente é inexistente em um PSF, que na realidade isto é um arranjo no município, provavelmente por questões políticas, em que o profissional que assume este papel é um apoiador do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que não desempenha suas reais atribuições como profissional que compõe o núcleo, que deveria estar desenvolvendo outras atividades na comunidade.

“Por que assim, no PSF quem manda é a enfermeira. Independente de médico quem manda é a enfermeira. Só que aqui... Aqui quem manda e *desmanda* é a gerente. Que a gerente na realidade... Isso não existe em PSF. Não existe. Isso ela era para tá no meio da rua, ou fazendo fisioterapia, ou fazendo alguma coisa na rua, na área. Não é para ficar dentro da Unidade mandando em nada não” (A2).

De acordo com o artigo 2º, disposto na portaria nº154 de 28 de Janeiro de 2008, os profissionais que compõem o NASF devem apoiar e compartilhar as ações e práticas de saúde desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família e na USF em que este núcleo está cadastrado, o que não se observa nas atividades executadas pela apoiadora nesta unidade, que não desenvolve seu papel pedagógico-assistencial no serviço, evidenciando o desvio de função.

Ao serem questionados quanto aos momentos de confraternização da equipe, relataram que atualmente momentos como estes são considerados quase inexistentes, por que a gestão não incentiva a realização de atividades como estas e não liberam os funcionários para usufruir de ocasiões assim. Nas raras confraternizações realizadas, um ACS relatou não participar, pois o objetivo de se reunir e compartilhar momentos de interação e lazer é perdido ao discutirem assuntos e problemas relacionados ao trabalho.

“Não têm por que não presta... Eu já tô cansado já[...] Eu digo: *Eu não vou ficar aqui discutindo... A gente veio para que? Para se confraternizar. Em uma festa, veio falar de trabalho, veio se discutir por que tu tava errado, por que fulano não tá certo... Me desculpa, mas eu vou embora, vou ficar aqui não...* Nem dentro da

própria unidade tem mais. [...] Vou não, por que já to muito cansado, e ainda vai se tratar de PSF de novo? [...]” (A4)

O propósito de se reunirem é justamente esquecer um pouco a rotina laboral e dividir com a equipe momentos de descontração. Mas as condições de trabalho interferem também em atividades como estas, gerando discussões e diálogos sobre uma temática que não convém à ocasião, desmotivando profissionais a participar de tais atividades.

5.4 QUALIDADE DE VIDA DOS ACS

Ao serem questionados sobre como está sua qualidade de vida de uma forma geral, os ACS a avaliaram como ruim. Alguns deles afirmaram ter desenvolvido problemas de saúde após assumirem a profissão.

“Bem mal. [...] Eu adquiri hipertensão, minha glicemia tava 129, eu nem sei mais... E engordei mais, eu acho...” (A3)
 “Porque o estresse é tão grande que a gente não tem tempo de lanchar, a gente não tem tempo [...]” (A1)

O estresse foi apontado por todos os integrantes do grupo como um dos fatores que prejudicam a qualidade de vida, sendo este termo definido como uma relação entre os meios internos e externos do indivíduo e a sua percepção quanto à capacidade de resposta (MARGIS et al, 2003).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho, o estresse ocupacional se configura como sendo um conjunto de fatores apresentados no organismo do trabalhador, podendo afetar a sua saúde (SCHMIDT et al., 2009). Wai e Carvalho (2009) também apontam que sempre que as demandas de trabalho são reconhecidas como estressores, excedem as habilidades de enfrentamento dos profissionais e podem provocar no sujeito reações negativas.

Em alguns relatos, os ACS apontaram o estresse como um dos agentes que afetam a qualidade de vida da categoria.

“Ao estresse da gente, do dia a dia. [...]” (A1)
 “Muita cobrança, né? Em cima da gente. Tudo é para *ontem*, tudo é para *ontem* [...]” (A6)
 “O serviço em si não é *pesado* não. Não é pesado, não tem nada de *pesado*. É a mente que pesa, é o estresse que pesa, as coisas que se pedem, as coisas que se cobram.” (A4)
 “É a pressão, é a pressão que eles (gestão) fazem” (A3).

Diante das afirmações acima, pode-se constatar que os ACS atribuíram como fatores propulsores de estresse os problemas relacionados ao trabalho, destacando-se as cobranças pela produtividade e a pressão pelo cumprimento de serviços em prazos curtos, indo ao encontro de achados de estudos anteriores sobre a mesma temática (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012; GALAVOTE et al, 2011; SANTOS; DAVID, 2011).

Ao afetar o trabalho, o estresse ocupacional pode se generalizar para outras áreas da vida do indivíduo, conforme haja ligação entre elas (LIPP; MALAGRIS, 2001, p. 475-490), o que condiz com os resultados dessa pesquisa, pois o trabalho se constitui como uma fonte geradora de estresse, interferindo de forma negativa na qualidade de vida desses profissionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a realização deste estudo buscou-se analisar o cotidiano de trabalho do ACS e a interferência deste no desempenho das demais áreas de ocupação e o impacto sobre a qualidade de vida. De uma maneira geral, os objetivos da presente pesquisa foram cumpridos.

Pode-se constatar a sobrecarga de trabalho imposta sobre esta categoria, tendo como fatores principais o aumento da demanda de trabalho imposto pela gestão, atribuindo funções para as quais não possuem competência, e pelas cobranças dos usuários por prestação de favores que fogem das suas atribuições, gerando desgaste físico e mental, além de desvio de função.

Foi possível constatar que morar e trabalhar na mesma comunidade gera dificuldades importantes aos ACS, principalmente por ter múltiplos papéis envolvidos, tais como morador, trabalhador e usuário do serviço no qual ele presta assistência. O assédio dos usuários e a constante cobrança por favores e serviços que não lhes competem prestar possibilitam a perda de privacidade desses profissionais.

Além da insatisfação com a remuneração, os ACS enumeraram vários fatores que também os tornam insatisfeitos, tais como: a falta de apoio, reconhecimento e valorização pelo trabalho que desempenham pela gestão, usuários e equipe; pressão gerada pelas constantes cobranças por produtividade e cumprimento de metas; condições de trabalho, e mudanças de gestão que descaracterizam o trabalho do PSF e o papel como ACS.

Afirmaram ainda ter dificuldades de abordarem as famílias para cadastramento no SUS, principalmente pelo aumento da adesão aos planos de saúde, em que os usuários estão buscando a medicina mais curativa e emergencial adotada pelos serviços privados de saúde, diminuindo a procura dos usuários pela Unidade, até o momento em que não conseguem mais custear as despesas do plano e voltam a procurar o ACS para retornar a utilizar serviços da USF.

Na avaliação sobre o trabalho, foi possível observar a dedicação e preocupação que eles possuem para que os serviços funcionem mesmo diante das dificuldades, buscando fazer sempre o melhor e o que tiver dentro de suas possibilidades e competências.

Ficou claro como as questões políticas interferem no funcionamento da Unidade de Saúde em questão. As rivalidades existentes entre os gestores que se sucedem na administração dos serviços públicos descaracterizam o funcionamento da USF do Castelo Branco I, pois ao adentrarem na gestão, sempre modificam o trabalho que o antecessor

realizou. Além disso, concluiu-se também a presença de desvios de função, em que os gestores inserem os apoiadores dos NASF na unidade com a função de gerentes, descaracterizando seu papel profissional e o da enfermeira, em que o serviço funciona através de arranjos, não levando em consideração o que é regulamentado pelas leis, portarias e resoluções do governo. Essa hierarquização do poder torna o trabalho do ACS subordinado ao gestor público, tendo suas atribuições modificadas, gerando uma perda de identidade do papel como ACS.

Concluiu-se que o trabalho interfere no desempenho ocupacional dos ACS nas áreas referentes ao autocuidado; AIVD, mais especificamente no que se refere à preparação de alimentos; participação social; lazer; descanso e sono. Dentre os principais motivos de interferência nessas áreas estão a sobrecarga de trabalho e as abordagens e cobranças pelos usuários em horários impróprios.

Através dos relatos pode-se observar que o estresse é o principal fator que influencia na qualidade de vida deles, avaliada por eles como ruim. Considerando as causas geradoras de estresse, todas estão relacionadas com as condições de trabalho, como as cobranças dos gestores pelo serviço, a sobrecarga de trabalho e as insatisfações com a gestão e consequentemente com o trabalho.

Tendo em vista a diversidade de estudos relacionados ao ACS, ligados principalmente à qualidade de vida e condições de trabalho, buscou-se contribuir com pesquisas referentes ao desempenho das atividades cotidianas desse profissional, visto que essa temática ainda é pouco explorada na área da Terapia Ocupacional. Ressalta-se a importância de se publicar mais estudos referentes a esse tema, afim de que possam ser desenvolvidas estratégias que promovam melhores condições de trabalho, saúde e vida dessa categoria profissional.

REFERÊNCIAS

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 51-60, 2008.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2002.

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre as atividades dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm>. Acesso em: 07 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11672&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhtn.exe?cnes/cnv/prid02>>. Acesso em 04 nov. 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep>>. Acesso em: 06 nov. 2015

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre os recursos humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso em: 17 mai. 2015.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 6: Portaria MTE Portaria MTE nº 505, de 16 de abril de 2015. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080814CD7273D014D34C6B18C79C6/NR-06%20\(atualizada\)%202015.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080814CD7273D014D34C6B18C79C6/NR-06%20(atualizada)%202015.pdf)>. Acesso em: 14 mai. 2015.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 9: programa de prevenção de riscos ambientais. Portaria MTE nº 1.471, de 24 de setembro de 2014. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF80808148EC2E5E014961B76D3533A2/NR-09%20\(atualizada\)%202014%20II.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF80808148EC2E5E014961B76D3533A2/NR-09%20(atualizada)%202014%20II.pdf)>. Acesso em: 14 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de abril de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 abr. 2011b. Seção 1, n. 43

CAVALCANTI, A. et al. American Occupational Therapy Association (AOTA). Occupational Therapy Practice. Framework: Domain & Process. 3rd. **The American Journal Occupational Therapy**, v.68, n.26, p. 1-49, 2015.

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v. 5, n. 7, p. 42-9, 2004.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/site/index.php/terapia-ocupacional/definicao.html>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Resolução 466/12. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.0> 2013.

CORDOBA, E. **SUS e ESF – Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Rideel, 2013.

COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V.; ALMEIDA, P. C. Stress no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.7, n.3, p. 63-71, 2003.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1993. In: ROSA, A. J.

BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S.. O sofrimento psíquico dos Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o Trabalho. **Saúde Sociedade de São Paulo**, v. 21. n. 1, p. 141-152, 2012.

FIGUEIREDO, I. M. et al. Qualidade de Vida no Trabalho: percepções dos agentes comunitários de Equipes de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n.2, p. 262-67, 2009.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011.

FORTES P. A. C.; SPINETTI, S. R. A informação nas relações entre os agentes comunitários de saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.70-5, 2004.

FRANCO, E. C. D. A estratégia de saúde da família na perspectiva do usuário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 1, p. 49-58, 2012.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.231-240, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas em Pesquisa Social**. Editora Atlas S.A, 6.ed., 2008.

GONSALVES, E.P. **Iniciação à pesquisa científica**. Campinas, SP: Alínea, 2001.

GUIZARD F. L.; CUNHA M. L. Profissionais administrativos na gestão do Sistema Único de Saúde: a divisão social do trabalho. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, v. 10 n. 3, p. 463-480, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015. 2015. Disponível em:< http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_dou.shtm >. Acesso em: 25 jun. 2015.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Revista Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28. p. 123-35, 2009.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O agente comunitário de saúde: uma revisão de literatura. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.14, n.6, 2006.

_____ et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Revista Psiquiatria RS**, v.29, n.2, p. 176-183, 2007.

LANCMAN, S. **Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004.

LANCMAN, S.; JARDIM, T. A. O impacto da organização. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 82-9, 2004.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção a saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n.2, p.115-21, 2001.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.1, p.197-203, 2004.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. **O stress emocional e seu tratamento. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**, 2001.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 1, p. 65-74, 2003.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde. **Revista Salud Pública**, v.14, n.4, p.668-680, 2012.

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: Mendes A.M., organizador. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

MENEGUSSI, J. M.; OGATA, M. N.; ROSALINI, M. H. P. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trabalho educação e saúde**, v. 12, n. 1, p. 87-106, 2014 .

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S.; GOMES, R.; DESLANDES, S.F. (Orgs.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p.9-29.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

NASCIMENTO, G. M.; DAVID, H. M. S. L. Avaliação dos riscos no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: um processo participativo. **Revista de enfermagem da UERJ**, v.16, n.4, p. 550-6, 2008.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F.; RAMOS, Z. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis o agente comunitário de saúde**. Editora IPEA, 2000.

NUNES M. F., FREIRE M. C., LELES C. R. Quality of life of public health service dental hygienists in Goiania, Brazil. **International Journal of Dental Hygiene**, v.6, p. 19-24, 2008.

PIOLLI, E. Sofrimento psíquico e reconhecimento: o papel do Trabalho na construção da identidade. **Revista da Universidade de São Paulo**, n.88, p. 172-182, 2011.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. São Paulo: Editora ArtMed, 2006.

QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Trabalho Educação e. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 257-281, 2012.

REIS, M. A. S. D. et al. A organização do processo do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, p. 655-66, 2007.

REIS, L. B. Uma análise da dimensão ético-política do trabalho de agentes comunitários de saúde do município de Vitória. 2005. 224 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S.. O sofrimento psíquico dos Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o Trabalho. **Saúde Sociedade de São Paulo**, v. 21. n. 1, p. 141-152, 2012.

SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 665-672, 2012.

SAMPAIO, L.F.R.; LIMA, P.G.A. Apoio ao Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde da Família**, Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/>>. Acesso em 22 set. 2015.

SCHMIDT, D. R. C. et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto contexto enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 330-337, 2009.

SILVA, M. L. M. D. Avaliação crítica da implantação do Cartão Nacional de Saúde como Ferramenta de Gestão [Monografia]. Paulo Afonso – BA, 2013.

SILVA, J.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

THEISEN, N. I. S. Agentes Comunitários de Saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico [dissertação]. Santa Cruz do Sul (RS): Universidade de Santa Cruz do Sul, 2004.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.35, n.122, p. 327-339, 2010.

VASCONCELLOS, N. P. C.; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa – MG. **Revista APS**, v. 11, n. 1, p. 17-28, 2008.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 11. Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Revista de Enfermagem**, v.17, n.4, p. 563-568, 2009.

WILLARD; SPACKMAN. **Terapia Ocupacional. Traduzido do original: Willard & Spackman's Occupational Therapy**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Editora Koogan, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL REALIZADO COM OS ACS

Roteiro para o grupo focal

- 1) Como é o trabalho do ACS?
- 2) Considerando as demais áreas de ocupação: Atividades de Vida Diária (AVDs), Atividades Instrumentais de Vida Diária, Descanso e Sono, Educação, Lazer e Participação Social, existe algum tipo de interferência do Trabalho no desempenho dessas funções? Se existir, quais são, e por quê?
- 3) Como vocês avaliam a qualidade de vida?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde.

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **“Terapia Ocupacional na Atenção Básica: um olhar voltado para o Agente Comunitário de Saúde”**, desenvolvida pelo pesquisador **José Sávio Vieira de Sá Júnior**, aluno do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, sob a Orientação da Professora **Marília Meyer Bregalda**, constituindo o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno.

A pesquisa tem por objetivo identificar e compreender possíveis interferências do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas demais áreas de desempenho ocupacional; avaliar a qualidade vida dos ACS; identificar quais as possíveis áreas de ocupação afetadas, dentre elas: Atividades de Vida Diária (AVDs), Atividades Instrumentais de Vida Diária, Educação, Lazer, Descanso e Sono e Participação Social.

A pesquisa será realizada na Unidade de Saúde da Família do Castelo Branco I, no município de João Pessoa-Paraíba. Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo exploratório-descritivo. Será utilizado um instrumento de avaliação, o WHOQOL-bref, e será realizado um grupo focal para a coleta dos dados, em que os participantes que concordarem discutirão sobre seu trabalho como ACS e suas interferências em seu cotidiano. Ressaltamos que as discussões serão gravadas, visando um melhor aproveitamento das informações fornecidas.

O WHOQOL-bref é um questionário composto por 26 questões, sendo 2 questões gerais de qualidade de vida, e as demais 24 representam cada um dos quesitos que compõe o instrumento original. O grupo focal pode ser definido como um tipo de entrevista em grupo sobre um determinado objeto de estudo, prezando pela boa interação entre os componentes, com a finalidade de gerar tipos distintos de dados, estabelecendo um processo que visa à compreensão das experiências de um grupo, a partir do seu próprio ponto de vista. Ambos os instrumentos serão aplicados em dias e horários previamente marcados,

Solicitamos a sua colaboração, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome e as informações fornecidas pelo senhor (a) serão mantidos em anonimato e sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde, e para o seu trabalho. Assim, os riscos da pesquisa estariam

limitados à possibilidade de constrangimento para responder aos questionamentos, sendo assegurada a opção de não responder qualquer umas das questões. Espera-se minimizar os riscos com esclarecimentos prévios acerca da pesquisa e da importância da participação dos mesmos.

Salientamos que a sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a), podendo se retirar da pesquisa quando achar necessário. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem será prejudicado na Instituição em que presta serviço.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa



Espaço para impressão
dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato do Pesquisador Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora **Marília Meyer Bregalda**.

Endereço: Departamento de Terapia Ocupacional – Campus I - **Cidade Universitária - João Pessoa - PB - Brasil - CEP: 58051-900**

Telefone: (83) 99642297 – E-mail: marimeyer@hotmail.com.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

Telefone: (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Profa. Msc. Marília Meyer Bregalda

José Sávio Vieira de Sá Júnior
Pesquisador Responsável

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.